

# Mortalidad materna y derechos humanos

Jeanine Anderson<sup>1</sup>

*Pontificia Universidad Católica del Perú*

## Resumen

Este artículo busca complejizar nuestra percepción de los factores que confluyen en la muerte materna. La tasa sigue siendo alta en el Perú y muchos causales están fuera del alcance de los marcos médicos. Ampliar el marco hacia los derechos humanos permite situar a los actores en mundos de obligación, aspiraciones, identidad y limitaciones. El enfoque propuesto permite traer al debate una serie de estudios empíricos poco conocidos. Atender sus implicancias daría pie a nuevas estrategias de reducción de la muerte materna en el Perú.

Palabras clave: derechos humanos, interculturalidad, mortalidad materna, posición de las mujeres, situación de las mujeres.

## Abstract

This paper seeks to add complexity to our perception of the factors contributing to maternal mortality. The levels remain high in Peru and many of the causes lie beyond medical frames of reference. Broadening the frame to incorporate human rights enables situating the actors in worlds of obligation, aspirations, identity and limitations. The proposed approach permits the incorporation of several little-known empirical studies. Taking into account their implications would suggest new strategies for the reduction of maternal mortality in Peru.

Keywords: human rights, interculturalism, maternal mortality, women's position, women's situation.

---

1. Correo electrónico: janders@pucp.edu.pe; jeaninemanderson@gmail.com. Artículo recibido el 15 de marzo y aprobado en su versión final el 26 de junio de 2011.

## INTRODUCCIÓN: EL MARCO DE REFERENCIA

La muerte de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio merece la más seria atención por parte de las instituciones y personas: servidoras de salud, promotoras de los derechos humanos y ciudadanas en general. Esta eventualidad afecta a unas mil mujeres en el Perú anualmente. Junto a Ecuador, Bolivia y Haití, el Perú destaca en América Latina por la gravedad y persistencia de este problema, desafío para la salud pública, drama para las familias y violación a los derechos fundamentales de las mujeres, toda vez que la gran mayoría de muertes son prevenibles. Nuestra intuición moral nos dice que morir en el proceso de crear nueva vida es una de las mayores injusticias que puede sufrir un ser humano.

En este escrito, exploraré algunos de los factores asociados a la muerte materna que no reciben atención en la estadística oficial ni tienen el lugar que merecen en los debates sobre su prevención. El cuadro epidemiológico es poco consistente y sugiere que nuestra comprensión de las causas, circunstancias y modos de prevención de las muertes es insuficiente. Algunos datos básicos ayudarán a ubicar el problema. El Perú realiza un monitoreo cercano de las muertes maternas a través de un sistema especial de vigilancia del Ministerio de Salud, mediante las Endes (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) y otros estudios periódicos<sup>2</sup>. Aunque alta en comparaciones internacionales, la tasa de muerte materna se viene reduciendo en el país. De 265 muertes por 100.000 nacidos vivos a principios de la década de 1990, esta tasa bajó a 185 en el año 2000 y llega a alrededor de 103 en la actualidad. No obstante, se acepta que existe un subregistro hasta de 50% en las áreas rurales debido a fallas en la tipificación de la causa de muerte y a la resistencia de la población a acercarse al sistema de salud. La mitad o más de los partos en zonas rurales siguen produciéndose en las viviendas.

La reducción en las tasas no ha seguido una curva constante y no ha sido igual en las distintas regiones del país. Y no puede relacionarse directamente a las medidas de política sanitaria que fueron implementadas para combatir la muerte materna. Entre ellas se hallan campañas intensas para lograr que los partos se den en establecimientos de salud, capacitación del personal en la atención de calidad y calidez, casas de espera en zonas de

- 
2. Es importante notar que no toda muerte de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio (42 días después del parto) califica como muerte materna. Para que sea considerada así, tiene que existir una relación directa o indirecta entre la causa de muerte y el proceso del embarazo y parto. Esta regla no está libre de ambigüedad. ¿Cómo tratar, por ejemplo, el caso de una mujer que cae en una depresión posparto y sufre un accidente aparentemente provocado por ella? Otro sería el caso de una mujer embarazada que es asesinada por el padre del feto en un arranque de celos.

difícil acceso y acciones de «adecuación cultural» que incluyen la opción de dar a luz en posición vertical a la usanza tradicional en muchos lugares del país. Aunque se concentra en las zonas rurales y las regiones más pobres del Perú, la muerte de mujeres en el embarazo, el parto y el puerperio es sorprendentemente alta en Lima donde el acceso a los servicios de salud debería estar garantizado. Las muertes son desproporcionadamente frecuentes en mujeres adolescentes y jóvenes y en mujeres mayores. Se producen en manos de parteros y parteras, familiares y personal de salud y se producen también en casos en que la mujer no tuvo auxilio alguno. Algo más de la mitad de las muertes ocurren durante el puerperio, mientras que el resto se reparten entre el embarazo y el parto (OPS 2005).

Por más diverso que sea el cuadro según su distribución geográfica y antecedentes sociales, la mayoría de las muertes responde a causas prevenibles desde una perspectiva médica. Los principales factores médicos son las hemorragias, la presión alta asociada al embarazo, el parto obstruido (sin acceso a cesárea) y la sepsis. La posibilidad de prevención convierte la muerte materna en una demostración paradigmática de inequidad en países como el Perú que tienen persistentes desigualdades en el acceso a los servicios de salud, entre otros recursos y bienes. Evidentemente, en nuestros esfuerzos por evitar estas muertes injustas, falta considerar las dimensiones políticas del problema y las referentes a organización de la sociedad, implementación de infraestructura, promoción de las familias, revaloración de las mujeres y probablemente otras. Nuestros marcos de referencia quedan cortos y nuestros modelos causales no tienen la complejidad que necesitarían tener.

Estos y otros argumentos explican por qué la muerte materna se ubica en primera línea en los debates sobre los derechos humanos, particularmente sobre los derechos humanos de las mujeres (Yamin y Maine 1999). El respeto pleno a tales derechos en el caso de las mujeres embarazadas y parturientas implicaría que el riesgo de muerte materna se reduzca a lo que es biológicamente inevitable para la especie<sup>3</sup>. Cualquier discriminación en la aplicación de las medidas que están siendo usadas para promover la maternidad segura sería un índice de violación de derechos de los grupos o personas excluidas. En este marco, las disparidades en los índices de morbilidad y muerte materna entre distintas regiones del Perú, entre distintos grupos étnicos y entre la población urbana y la población rural, resultan profundamente problemáticas.

¿Cuáles son los derechos puestos en juego? En primer lugar está el derecho a la vida de las madres y de sus hijos e hijas. Luego están los derechos sexuales y reproductivos, junto con

---

3. Se estima que, por motivos biológicos, el 5% de los eventos reproductivos acarrearán una situación de riesgo de muerte de la madre en algún momento del embarazo, el parto o el puerperio.

el derecho a la no discriminación de género. Las evidencias de inequidad traen a la discusión los derechos económicos y sociales y las garantías que tienen en distintos sectores de la población. La adecuación o no de las medidas de atención a las demandas de salud y la apertura a la participación ciudadana en las decisiones pertinentes traen el tema de los derechos políticos. Los derechos culturales quedan incorporados donde la población es diversa como la peruana. El presente escrito problematiza la aplicación de algunos de estos derechos en el caso peruano. Una discusión exhaustiva requeriría un tratamiento mucho más largo.

Entretanto, las normas vigentes colocan una varilla muy alta para el gobierno del Perú al comprometerlo a promover el acceso de toda peruana y todo peruano a la vida reproductiva que ellos eligen. Para los individuos, el poseer y ejercer derechos humanos básicos debe convertirse en escudo contra la coacción, la opresión, la explotación y la negación de sus aspiraciones a un proyecto de «vida propia, y no la de ninguna otra persona», como lo expresa la filósofa Martha Nussbaum (1995). En el Perú, la muerte materna está fuertemente asociada al problema de la maternidad no voluntaria.

Los estudios de la muerte materna suelen adoptar una perspectiva que se mantiene lejos de los sentimientos, razones y decisiones de las protagonistas de estos eventos. Privilegiar la mirada externa tiene una larga tradición en los estudios sobre la maternidad y su relación con los sistemas médicos. Conocemos la historia de la medicalización del parto desde el lado de los médicos, pero poco ha quedado de los pensamientos y experiencias de las mujeres sometidas a experimentos con nuevos procedimientos, instrumentos y significados atribuidos, por ejemplo, a la capacidad de la propia parturienta de controlar el proceso (Wertz y Wertz 1989).

Para compensar en parte esa ausencia, haré referencia a un estudio cualitativo sobre la muerte materna en zonas rurales del país cuya coordinación estuvo a mi cargo<sup>4</sup>. Con el uso de la metodología de «autopsias verbales» (ver Sloan *et al.* 2001) se reunieron testimonios de personas cercanas a los hechos del fallecimiento. Obviamente, conocer en forma directa los sentimientos de una mujer que va a morir en el proceso de dar vida es casi imposible, salvo casos en que puede haber quedado un diario u otros rastros de la intimidad de esa persona. Quienes se agrupan alrededor de la mujer y su bebé tienen sus propios intereses;

---

4. Estudio realizado por un equipo multidisciplinario del CISEPA (Centro de Investigaciones Sociológicas, Económicas, Políticas y Antropológicas), Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Católica, por encargo del Proyecto 2000 de CARE, el Consejo de Población y el Ministerio de Salud. El estudio contó con el apoyo externo de Blanca Figueroa (psicóloga) y Elsy Miní (médico ginecóloga).

sobre todo, quieren creer que hicieron todo lo que les correspondía para salvarla. Por todo esto, necesitamos aumentar nuestra capacidad para acercarnos profundamente a las interpretaciones que hacen las protagonistas de estos dramas de esperanza y muerte.

## LOS DERECHOS DE LAS MUJERES 1: EL DERECHO AL CUIDADO

La reproducción de la vida es un proceso profundamente social y cultural. La formación de parejas sexuales, la constitución de los hogares y el nacimiento o incorporación por otros mecanismos de hijos y herederos confluyen en la creación de tejidos de «vinculación» (Carsten 2004). Solemos pensar en estas vinculaciones como sistemas de parentesco, con reglas que definen las posiciones en ellos: según el género, según la generación y según los grados de cercanía y la ubicación genealógica. Cada posición indexa un conjunto de derechos y deberes frente a las otras posiciones: esposo frente a esposa, hijo frente a padre, tío, tía y abuelo, y así sucesivamente. No obstante, la experiencia vivida de los lazos familiares dista de los formalismos de leyes y normas. Hay mil maneras de actuar como madre, padre, hijo, hija, sobrina, sobrino, madrina o padrino. Los entramados de vinculación que se establecen combinan intereses, sentimientos, sanciones, principios y necesidades, todos ellos complicados y cambiantes.

Situar la maternidad apropiadamente requiere de un esfuerzo de desnaturalizarla, reconociendo la fuerza de las elaboraciones culturales que se establecen en su alrededor. El ciclo reproductivo de los hombres y las mujeres tiene una temporalidad que es condicionada culturalmente. La variabilidad cultural en la organización social de los cuidados es notable, a punto de constituir uno de los temas centrales en los estudios de género actuales (Hughes 2005). El concepto de cuidados engloba fenómenos desde las tareas domésticas y la socialización de la nueva generación hasta la atención en el hogar a personas no autosuficientes por motivos de edad, inmadurez, discapacidad u otro; y comprende las actividades de monitoreo de los estados emocionales de los miembros de un hogar y de sus relaciones e interacciones. Actividades análogas se realizan en instituciones y otros entornos fuera de los hogares (como escuelas, orfanatos, prisiones y hospitales). Todo esto puede analizarse como una economía, ya que implica recursos materiales, energía humana que se desgasta, gerencia y planificación y, de algún modo, «productos». Los productos intermedios son bienes y servicios que contribuyen a la reproducción de la vida. Los productos finales son seres humanos viables, exitosos en los términos de su propio marco cultural y, a lo mejor, felices.

Quienes asumen el cuidado de seres dependientes requieren ser cuidadas. Requieren, por justicia, que se les asegure las condiciones y los recursos que harán posible que ellas

cumplan su cometido. El tema nos introduce en los debates recientes sobre la justicia. En una formulación importante, John Rawls (1971) figura a los integrantes de la sociedad como individuos (ni hombres ni mujeres) que definen criterios de justicia bajo un «velo de ignorancia». Los enfoques desde la situación y posición de las mujeres (ver, por ejemplo, Okin 1989) ponen en cuestión algunas de sus asunciones. El «velo de ignorancia» nos invita a imaginar a los deliberantes como adultos autónomos, en pleno ejercicio de sus facultades.

De esa manera, se soslaya el problema de la dependencia, que necesariamente impone límites sobre la participación, tanto de las personas dependientes (infantes, enfermas, discapacitadas) como de las personas que asumen su cuidado (Kittay 1997: 220). Las segundas ven restringida su capacidad para participar en condiciones de igualdad en una sociedad de individuos libres e independientes. Kittay sostiene la necesidad de contar con un concepto de «trabajador/a de la dependencia» (*dependency worker*) a fin de poder esclarecer situaciones donde está presente el cuidado, la crianza y la socialización de niñas y niños y/o la atención a otros dependientes. Las y los trabajadores de la dependencia deben representar y articular los intereses de dos personas: los suyos y los de la persona que está bajo su cuidado. Algunas veces estos dos intereses se complementan, pero otras veces entran en contradicción. Cualquier teoría de la justicia tiene que considerar estos hechos y sus consecuencias para la organización práctica de las sociedades.

La madre, para asegurar el cuidado de su hija o hijo, tiene derecho a que otros le presten cuidados a ella. En el estudio de CISEPA, se vio cómo el riesgo de la muerte materna, especialmente asociado al aborto, aumenta en situaciones de aislamiento de la mujer embarazada o parturienta. La red familiar, vecinal y amical de apoyo provee varios servicios a la mujer antes, durante y después del parto. Le da consejos, colaboración y alivio en las tareas domésticas y ayuda para la atención del bebé. Actúa como un contrapeso frente a algunos de los abusos que pueden venir del marido y de los familiares del marido. Muchas esposas jóvenes en la sierra viven bajo la autoridad no tanto de sus esposos sino de sus suegros, quienes controlan la disposición de los recursos del grupo familiar.

La integración de los niños en un grupo social compuesto por personas comprometidas con su bienestar y florecimiento es un factor importante que influye sobre la actitud de la madre y sobre la de los demás en su entorno. De hecho, algunas de las mujeres murieron por falta de un defensor o defensora que luchara por ellas y por sus hijos por nacer. En algunos casos, los hijos no tenían un lugar en este mundo, por decirlo de alguna manera. Iban a ser hijos de madres solteras jóvenes, sin prospectos para casarse pronto y sin medios de trabajo. O iban a ser hijos tardíos de mujeres mayores con nietos y cuyos hijos adultos

se avergonzaban del embarazo de la madre. En tales casos, se constató poco interés, ciertas conductas de negligencia y una gran mezquindad en los recursos dispuestos para salvar la vida de la mujer.

## LOS DERECHOS DE LAS MUJERES 2: EL DERECHO A LA NO VIOLENCIA

La violencia de género, con todo lo que trae de derechos violados, se hizo presente en el estudio de CISEPA, como recorre también muchas de las discusiones sobre la sexualidad y reproducción humana en el Perú. Yon (2000), basándose en los autodiagnósticos que se trabajaron en el Proyecto ReproSalud, presenta testimonios de mujeres que establecen una asociación entre la violencia de los esposos, las preocupaciones que trae el sustento del hogar y los hijos. Aunque cada hijo es otra boca para alimentar, los hombres exigen que sus mujeres estén la mayor parte del tiempo o embarazadas o lactantes, con «wawa en la espalda», como prueba de fidelidad y como muestra de cumplimiento de un acuerdo fundamental implícito en el matrimonio.

El estudio de la Organización Panamericana de la Salud y el de la Organización Mundial de la Salud (OPS 2005; OMS 2005) sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica contra mujeres ubican al Perú en una posición vergonzosa, con altos niveles de violencia. En los diez países bajo comparación se tomó datos de una zona urbana y otra rural; en el caso peruano, Lima y Cusco (Güezmes *et al.* 2002). Como tema de particular preocupación, se analizó el maltrato que las mujeres reportaban durante el embarazo. Las dos muestras peruanas, rural y urbana, ocupan el primer y el segundo lugar, respectivamente, en la frecuencia de esta categoría de violencia. El agresor era casi siempre el padre del hijo que la mujer tenía en el vientre y casi siempre vivía con ella. El 15% de las mujeres alguna vez embarazadas en la ciudad de Lima había sufrido agresiones durante el embarazo y el 28% de las mujeres cusqueñas. En Cusco, la mitad de las agredidas recibieron puñetazos o puntapiés en la barriga. Eso ocurrió con un tercio de ellas en el caso de Lima (Güezmes *et al.* 2002: 66-67).

La violencia masculina que se hace parte de muchos relatos de muerte materna toma diversas formas. En el estudio de CISEPA, se registró el caso de una joven puneña que sufrió atrocemente con un feto en mala posición. El padre de ella insistía en atender el parto en casa en una actitud que parece combinar elementos de vergüenza y deseo de castigar a la joven. Ella se había escapado para trabajar en San Juan del Oro y en Madre de Dios y volvió pocos días antes de dar a luz, sin rendir cuentas de su situación y sin novio a la vista. Cuando el parto se complicó, el padre impidió que se recurriera a un establecimiento de salud y, luego de que el caso había llegado a la atención de la obstetriz de la posta, los

padres no siguieron las indicaciones para comprar antibióticos y asear el desgarro que la joven había sufrido. El padre insistía en que su hija «quería morir».

En otro caso, aunque los informes son algo confusos, una mujer de Sihuas (Áncash) fue obligada por el esposo a levantarse y emprender el camino a casa antes de que expulsara la placenta. El parto la sorprendió en una casa ajena, donde la acogieron mientras el esposo buscaba una movilidad para llevarla al hospital. Sus cuatro partos anteriores habían sido atendidos en su propia casa por una partera o por su hermana. En esta ocasión debía hacerse lo mismo, pero la mujer «se puso mal». Los informantes dicen que el esposo bebía en exceso y tenía la costumbre de maltratarla. La mujer murió por hemorragia alrededor de un mes después del parto. Los vecinos y familiares culparon al marido el haberle hecho trabajar demasiado durante ese período. Este se volvió a unir al poco tiempo con una joven que debió encargarse de los cinco hijos que quedaron huérfanos, además de uno propio.

Una proporción desconocida de embarazos que terminan en la muerte de la madre son producto de incesto o de violación sexual. Obtener datos exactos sobre estos fenómenos es imposible. Lo mismo vale para la explotación sexual comercial, que se sabe involucra a una gran cantidad de mujeres y una gran cantidad de intereses. En el estudio de CISEPA, se rastreó el caso de una mujer nativa que murió por aborto séptico en un pueblo de Ucayali. De muy joven se casó y tuvo dos hijos en su pueblo de origen. Luego emigró hacia la ciudad de Pucallpa, donde se empleó un tiempo en el servicio doméstico. Su trayectoria habla de pobreza y abandono crecientes. No fue posible reconstruir los pasos intermedios, pero el hecho es que ella murió prácticamente sola luego de una larga etapa circulando por los varios campamentos madereros y petroleros de la zona. En el ejercicio de la prostitución, había tenido por lo menos dos abortos anteriormente, realizados en las más precarias condiciones. En este caso reconocemos la violencia estructural y la discriminación social que operan sobre mujeres indígenas amazónicas. Frente a una mujer tan sola y vulnerable, no es difícil imaginar las situaciones en las que se presentaría además la violencia física.

Las grandes encuestas de salud reportan cifras de más del 60% de embarazos que no fueron deseados por las madres. De todas las denuncias que llegan a las defensorías municipales, el rubro más frecuente son las quejas por el incumplimiento de la obligación de alimentar a los hijos. La amenaza de perder el apoyo del padre de la criatura no puede estar lejos de los pensamientos de muchas mujeres que descubren un embarazo. No obstante, el padre (o quien hace las veces) es solo una parte del apoyo que ella necesita asegurarse. Volvemos al concepto de los cuidados como un sistema que involucra a los grupos familia-



res, pero también a instituciones públicas, el sector privado y las agrupaciones y redes comunitarias. Queda claro que el ejercicio de agencia y decisión por parte de la mujer, actual o futura madre, se ve fuertemente condicionado por la presencia y conformación de este sistema de apoyo.

### **LOS DERECHOS DE LAS MUJERES 3: LOS RIESGOS DE SALUD PREVALECIENTES**

El estudio de CISEPA obedecía a una lógica de casos y no pudo entrar mucho en los niveles de salud que prevalecían entre las mujeres, los hogares y las comunidades locales de las protagonistas. Otras investigaciones en distintas zonas del Perú nos ayudan a colocar ese telón de fondo de problemas y deficiencias persistentes.

León y Altobelli (1999) señalan los altos índices de anemia moderada y severa en la población rural, así como en sectores pobres en la ciudad de Lima, y vinculan esta situación con la tasa de mortalidad materna. Indican que «las mujeres anémicas son menos tolerantes a la pérdida de sangre durante el parto y parecen tener una reducida resistencia contra las infecciones» (León y Altobelli 1999: 24). Su análisis ayuda a explicar la curva de distribución de la muerte materna hallada en la Endes de 1997, que, en forma de U, consigna altas tasas en las zonas rurales y en Lima Metropolitana y tasas menores en el resto urbano del país.

Larme y Leatherman (2003) aportan una descripción del antiguo régimen reproductivo andino en las comunidades de Nuñoa, en el altiplano puneño, y Cuyo Cuyo, en el valle quechua al este del mismo departamento, en la década de 1980. La mujer típica iniciaba su vida reproductiva a los 19 años y la concluía a los 45. Las madres daban de lactar durante un mínimo de dieciocho meses y la paridad promedio era de siete a ocho hijos. La mortalidad infantil y de niños menores de cinco años era especialmente alta en Cuyo Cuyo. Estas mujeres pasaban aproximadamente el 60% del tiempo de vida reproductiva embarazadas o lactando (Larme y Leatherman 2003: 196).

Luerssen (1993), también en Nuñoa, halló una estratificación marcada entre los segmentos de la población que poseen tierras y algunas fuentes de ingreso asalariado, un segmento intermedio y el segmento pobre. En el segmento pobre hay una sobrerrepresentación de hogares encabezados por viudas y mujeres solteras. Los miembros de estos hogares dependen del ingreso de su trabajo como peones, pastores, servidores domésticos y otros oficios precarios. Los hogares más pobres tienen un consumo extremadamente bajo de alimentos como carnes, frutas y verduras, de bienes como educación, salud e incluso el sistema

comunitario. Se constató que los hogares del estrato superior (con «ingresos moderados») perdieron en promedio once días de trabajo debido a enfermedades en los últimos seis meses; en el mismo lapso, los hogares del estrato más pobre perdieron en promedio 48 días de trabajo (Luerssen 1993: 270).

Ha llamado la atención a muchos investigadores la larga duración de las enfermedades y la frecuencia de problemas crónicos de salud en la población andina. Oths (1999), a partir de un minucioso estudio de campo en el pueblo de Chugurpampa, distrito de Julcán en la sierra de La Libertad, analiza la enfermedad conocida en los Andes como **debilidad**. Esta investigadora visitó los domicilios sistemáticamente y analizó en épocas sucesivas las dolencias de los diferentes miembros del hogar, el curso que tomaban y cuánto duraban. La debilidad tiene como causal los efectos acumulativos de las sobreexigencias a las que están sometidas las familias rurales empobrecidas en ambos ámbitos: productivo y reproductivo. La combinación de síntomas (dolor de cerebro en la parte posterior de la cabeza, dolor de cabeza en el cráneo, mareos, vista nublada, escalofríos, insomnio, dolores corporales y pérdida del apetito) no tiene analogías en clasificaciones biomédicas. Esta enfermedad es frecuente y muchas veces crónica en mujeres mayores y se asocia a la vida reproductiva y a eventos vitales chocantes e incomprensibles (Oths 1999: 291).

Aunque menos que las mujeres, los hombres también sufren de debilidad y, en ocasiones, la enfermedad afecta a niñas y niños. En Chugurpampa, los hogares que presentaban debilidad no eran siempre los más pobres en la localidad pero, a comparación del resto, sumaban un número significativamente mayor de embarazos por mujer y de muertes de infantes, niños y niñas. Otro factor asociado es particularmente indicativo: la ratio de mujeres a hombres. En los hogares con por lo menos un caso de debilidad (usualmente afectando a la mujer de más edad) la relación fue 0,68; en los hogares sin debilidad, fue 1,13 (Oths 1999: 300). Oths consigna como causa la «feroz ética de trabajo» que se impone sobre hombres y mujeres en las comunidades andinas y la complementariedad de las tareas que le atañen a cada sexo. Las mujeres son sobrepasadas en situaciones de desequilibrio demográfico en los hogares. Una o más de ellas somatizan la sobreexigencia, posiblemente junto a otros miembros del mismo hogar.

La debilidad tendría una vinculación con las enfermedades de **sobreparto**, **madre onqoy** y **sopla**, identificadas en otras zonas de la sierra andina. Larme y Leatherman (2003) analizan las ideas de las mujeres puneñas de Nuñoa y Cuyo Cuyo acerca de los efectos de desgaste acumulativo que se asocian a los muchos embarazos y partos que prevalecen

en la zona. (Larme estimó una tasa de muerte materna de 1.022 por cien mil nacidos vivos en Cuyo Cuyo, el doble de la tasa del departamento de Puno en 1986, año de su estudio). Estas mujeres consideran que una mujer parturienta corre mayores riesgos de enfermarse si da a luz a solas y/o no tiene apoyo suficiente en la casa en las semanas después del parto. En esta etapa, la mujer debe recibir alimentos especiales, evitar tareas como la cocina y el lavado que la exponen al calor y al frío y ser mimada, cosa que no ocurre en otro momento de la vida. Además, las mujeres de Nuñoa y Cuyo Cuyo piensan que cuando el padre del niño está ausente y los hijos mayores deben ir a la escuela o trabajar, los riesgos de sobreparto aumentan. En base a testimonios tomados en numerosas comunidades comprendidas en el proyecto ReproSalud, Yon (2000: 95-96) registra la asociación del sobreparto a la multiparidad y los partos difíciles y prolongados. El sobreparto puede durar algunos meses o años e incluso discapacitar a sus víctimas para el resto de la vida.

Enfermedades crónicas, largas secuelas de sufrimiento después del parto y pérdida de embarazos e hijos, por un lado, y, por el otro, la sobrecarga de trabajo y de preocupaciones: tales situaciones se relacionan con cambios impuestos en el mundo rural durante las últimas tres décadas en el Perú. Son cambios que reflejan la expansión de la economía del mercado y el deterioro en los términos de intercambio entre el campo y la ciudad. Las migraciones laborales son cada vez más necesarias a fin de tener dinero en efectivo para pagar la escuela, impuestos, servicios de salud y bienes de consumo que no son fabricados localmente. La migración, antes de los hombres adultos y los hijos mayores, hoy involucra a mujeres adolescentes, niños y niñas. La monetarización de las economías rurales y el deterioro del medio ambiente acarrear fuertes presiones sobre las personas que se quedan a cargo de los minifundios familiares.

Las nuevas condiciones de vida en las zonas rurales de los Andes y la Amazonía hacen su aparición en varios de los casos de muerte materna que analizó el estudio de CISEPA. Por ejemplo, por un lado, la migración del campo en busca de trabajo se ve en la puneña que volvió al altiplano luego de haber estado en cafetales y lavaderos de oro en Madre de Dios; por otro lado, las muertes de mujeres en el puerperio se asociaban a dos circunstancias: la ausencia de alguien que acompañara a la mujer, vigilando su estado de salud, y de ayuda para encargarse de las tareas de la casa. En ambos casos se alude a la situación del campo peruano que expulsa población hacia centros de dinamismo económico, incluso hacia el extranjero. A los y las que se quedan no les alcanzan los brazos para cubrir las tareas económicas esenciales y tampoco para sustentar las costumbres de antaño que implicaban rodear a la nueva madre de cuidados y atención.

## LOS DERECHOS DE LAS MUJERES 4: EL DERECHO A LA AGENCIA Y LA AUTONOMÍA

En medio de la escasez de recursos y otros limitantes, las mujeres embarazadas, parturientas y madres intentan promover ciertos objetivos estratégicos vinculados a su propia sobrevivencia y la de su prole, mas no bajo cualquier circunstancia o condición. En el estudio de CISEPA se vio que las mujeres informaban tarde de sus embarazos, incluso a sus madres y hermanas, y lo hacían a muy pocos individuos. Algunas de las muertes fueron una sorpresa para la comunidad, que ni siquiera se había enterado de que había un parto pendiente. En las primeras semanas de un nuevo embarazo, la mujer puede querer guardarse la opción de abortar un feto de cuya existencia nadie sospecha. Más adelante, ella selecciona a sus consejeros y se organiza para evitar la interferencia de quienes le podrían hacer problemas. Las acciones que las embarazadas realizan a fin de permanecer en control del proceso se extienden al sistema de salud cuando ellas se resisten a ser «captadas» en los sistemas de vigilancia.

En varias de estas situaciones, las mujeres parecen poner por delante su agencia como actores sociales que escogen entre vivir bajo condiciones inaceptables y morir habiendo podido dar expresión a algunas de sus convicciones y preferencias. Eso no elimina, indudablemente, el riesgo de que otras personas les impongan opciones que no son las suyas; por ejemplo, los suegros, en un par de casos, que no accedieron a vender animales o aportar de otra manera los recursos que disponían, ni siquiera ante los ruegos de sus hijos, los esposos de las mujeres en riesgo.

Uno de los comportamientos que más perplejo dejó al personal de salud en el estudio de CISEPA tendría que ubicarse en un marco de manipulación estratégica de recursos culturales. Se trataba de los velorios y entierros que reunían obligatoriamente a personas vinculadas a la mujer fallecida. Además, estas llegaban con aportes de comida y bebida cuyo importe en dinero tal vez podría haber ayudado a que la mujer no muriera. Tales ocasiones reafirman la consideración que se tiene por la mujer desaparecida y por los familiares vinculados a ella.

Finalmente, la literatura presenta numerosas situaciones en donde las mujeres andinas manipulan la imagen que otros actores sociales tienen de ellas, procurando asegurar su acceso a recursos materiales y sociales y proteger su reputación como mujeres respetables (Yon 2000). Se han encontrado comunidades de Puno en las cuales ser reconocida como víctima de sobreparto da licencia a una reducción del trabajo y exi-

me a la mujer de tener relaciones sexuales con el marido, exponiéndose a otro embarazo (Larme y Leatherman 2003: 199). La debilidad en Chugurpampa no reduce mucho el trabajo pero mejora la alimentación: a la afectada se le da huevos, leche, miel, fruta, cerveza negra, ocasionalmente carne y especialmente vitaminas, de preferencia en forma de jarabes o tónicos. Oths (1999: 308) tipifica esta actitud de las mujeres como «resistencia pasiva».

## LA REPRODUCCIÓN DE LA VIDA Y LOS SISTEMAS DE SALUD

En aras de rastrear las causas y antecedentes tanto de la muerte materna como de otros problemas de salud, es útil distinguir el régimen de salud del sistema médico. El régimen de salud abarca la relación global que establece la población humana con su entorno. Considera las otras especies que están presentes, su utilización como fuentes de nutrición y su acción como vectores de enfermedad. Abarca factores ambientales, como los niveles de contaminación y la calidad del aire y el agua. Comprende los hábitos de vida, los niveles de educación y conocimientos, la propensión a evitar riesgos y las prácticas de prevención de la salud que forman parte del acervo cultural. El sistema médico, en cambio, se refiere al subsistema dentro del régimen de salud que se enfoca en la clasificación y explicación de estados de salud y enfermedad y en la atención a esta, incluso la forma organizada e institucionalizada de proveer dicha atención. El sistema biomédico es ejemplo de un complejo de este tipo. En el Perú coexisten varios sistemas médicos: el biomédico, la medicina comunitaria andina («tradicional»), el chamanismo amazónico y otras variantes locales, además de sistemas «alternativos» como la acupuntura, la aromaterapia y diversas escuelas de medicina naturista. El término «pluralismo médico» ha sido aplicado a situaciones como esta. Sin embargo, el concepto de «sistemas médicos complejos» resulta más adecuado, ya que da plena cabida a las mezclas e interacciones que se producen entre sistemas.

Según un consenso, la mayoría de las mejoras en los índices de salud se originaron en cambios en los regímenes de salud, antes que en los sistemas médicos propiamente. Así, la reducción en la mortalidad infantil, la prolongación de la esperanza de vida al nacer, la reducción en la letalidad de las enfermedades infecciosas de la niñez y otras, lo mismo que la prevención de diversas formas de discapacidad, han sido el producto de mejoras en la nutrición, el saneamiento ambiental, el control de plagas, la reducción del hacinamiento en viviendas y ciudades y la mejora de los estándares de higiene. Tales mejoras comenzaron a aplicarse en Europa en el siglo XIX y hoy se extienden a casi todos los países.

No ocurre lo mismo en relación a la mortalidad materna. Su reducción comienza recién en la década de 1930 en los países industrializados. La prevención de la muerte materna depende de mejoras específicas en los sistemas médicos como condiciones necesarias más no suficientes. Estas medidas, que se aplicaron en el mundo desarrollado en las primeras décadas del siglo XX, incluyen: control de hemorragias mediante medicamentos y bancos de sangre; procedimientos y facilidades para transfusiones; detección y tratamiento de la hipertensión; drogas para el control de convulsiones y otros síntomas de problemas hipertensivos; procedimientos quirúrgicos seguros y efectivos para partos obstruidos; anestesia; y antibióticos para el control de infecciones. Estas medidas forman el paquete que hoy se conoce como EmOC (Emergency Obstetric Care) o «cuidado obstétrico de emergencia» (Freedman 2003).

Aunque las tasas son dramáticamente diferentes, las principales causas de la muerte materna son similares entre países ricos y pobres (Yamin y Maine 1999: 569). Así, comparando datos de los Estados Unidos y estimados de la OMS para el mundo a principios de la década de 1990, las causas de muerte materna se distribuyen en: hemorragias (29% de las muertes en Estados Unidos, 25% a nivel mundial); sepsis (13% en Estados Unidos, 15% en el mundo); hipertensión (18% en Estados Unidos, 12% en el mundo). Los cuadros divergen tratándose de partos obstruidos y aborto. Estos factores explican el 8% y 13%, respectivamente, de los casos de muerte materna a nivel mundial. Entretanto, en los Estados Unidos, donde las operaciones de cesárea están al alcance de la mayoría de la población y el aborto está legalizado, prácticamente han desaparecido como causales. Señalan Yamin y Maine con cierta ironía: no se puede sostener la existencia de riesgos o complicaciones obstétricas «exóticas» que sean específicas al Tercer Mundo.

Sería un error tomar las medidas de cuidado obstétrico de emergencia como un paquete meramente tecnológico, cuya asimilación en cualquier sistema de atención sería fácil y automática. Algunos elementos pueden estar presentes en las prácticas asociadas a los sistemas comunitarios que no dependen del sistema oficial. El conjunto de medidas se inserta en un contexto previo de prácticas sociales, organización institucional y sistemas de significados culturales. Su uso acarrea cierta actitud por parte del personal de salud y determinados arreglos de infraestructura y soporte. La literatura sobre la salud, así como la de otras áreas del desarrollo, está repleta de innovaciones aparentemente simples, meramente técnicas, cuyo fracaso hizo ver las enormes ramificaciones económicas, sociales, políticas y culturales que tenían. Entonces, aceptando la importancia de los cuidados de emergencia, en el caso específico de la muerte materna en el Perú, tenemos que preguntar: ¿cómo se llegó a la situación de emergencia obstétrica? La respuesta nos obliga a ampliar nuestro marco de referencia.

## **REDUCIR LA MUERTE MATERNA EN EL PERÚ: ¿QUÉ PAPEL SE DA A LA MEDICINA? ¿QUÉ PAPEL SE DA A LA CULTURA?**

Como ya se señaló, el Ministerio de Salud del Perú ha dado una alta prioridad a la reducción de la mortalidad materna en los últimos años. Esto ha tenido algunos éxitos, pero los resultados aún no han sido los deseados ni los esperados.

Un foco de trabajo han sido las «demoras»: en la llegada a un establecimiento de salud, en la atención y en la resolución de las crisis. Existen críticas deficiencias de infraestructura y medios de transporte en muchas zonas del país. Una parte significativa de la población rural vive en pueblos y caseríos que están a horas de distancia de los establecimientos de salud y llega a ellos a pie o en acémila, sobre caminos casi intransitables, surcando ríos y atravesando bosques. Las postas médicas de zonas alejadas tienen como personal una enfermera, técnico sanitario o posiblemente médico serumista con poca experiencia. En muchas localidades no hay corriente eléctrica y por tanto no es posible almacenar diversos medicamentos. No hay equipos para analizar tipos de sangre ni realizar transfusiones. No existe la comunicación permanente con supervisores y personal de mayor especialización vía teléfono, radio o internet.

Otro foco de preocupación es la evaluación de cada embarazada según su grado de riesgo. Eso permitiría que el sistema de salud distribuyera sus recursos de modo tal que se concentren los recursos humanos y otros en los casos de mayor riesgo. Esto implica emparejar no solo el tipo de atención al parto y las necesidades de cada parturienta, sino un ciclo de seguimiento completo, desde su preparación para la maternidad hasta el acompañamiento que recibe posteriormente. En la práctica, este modelo sufre distorsiones. El control prenatal tiende a convertirse en una formalidad para la parturienta y para el personal de salud. Una enfermera u obstetriz hace un examen breve que puede ser menos informativo del que hace la partera, que, en el mejor de los casos, vive cerca y conoce a la parturienta desde la infancia.

El concepto de riesgo, y la valoración de distintas fuentes de riesgo, marca brechas grandes entre el modelo biomédico y el del sistema médico comunitario-tradicional andino o amazónico. En el segundo, el embarazo y el parto son vistos como tránsitos que pueden implicar peligro y requieren de preparación. En uno de los casos que se analizó en un pueblo de Pampa Cangallo, el padre de la criatura, que ayudó a atender el parto, lamentó que los hombres de hoy, cuando se casan, no han tenido las oportunidades que tenían sus padres, abuelos y tíos de haber visto partos y haber acompañado a familiares y parteros o parteras muchas veces y en circunstancias diferentes, familiarizándose con

problemas que pueden surgir. «Ya no somos experimentados», dijo. Se elige al partero o la partera en base a su reputación como experimentado/a, cuidadoso/a y comprometido/a. En algunos de los casos de muerte materna, se reconoció que quien oficiaba en el parto representó la segunda opción y era la única persona disponible. Hechos como estos confirman que se entiende la posibilidad de que se produzcan eventos inesperados que acrecen la amenaza de muerte.

Aparte de la experiencia de la persona que dirige la preparación y la atención del parto, el sistema comunitario descansa sobre un colectivo de involucrados que pueden participar de diferente manera en caso de necesidad. Algunos aportan sus conocimientos, otros colaboran en tareas de soporte, hay quienes están a la orden para realizar mandados o llevar mensajes y quienes recorren el pueblo para recolectar dinero para pagar una evacuación, afrontar un procedimiento especial o conseguir una medicina. En uno de los casos vistos en el estudio del CISEPA, en el que se presentó una hemorragia, varios hombres y mujeres, familiares y vecinos, se hicieron presentes con consejos y remedios para parar el flujo de sangre.

Las ideas que la población despliega sobre las señales de riesgo y sobre la canalización de las soluciones difieren del «conocimiento experto» del sistema de salud oficial. Para los prestadores, el riesgo se calcula en base a la estadística asociada a episodios reproductivos en distintos grupos demográficos: mujeres jóvenes y mayores, primerizas, grandes multíparas, además de antecedentes médicos determinados. La mujer que pertenece a una de esas categorías debe ser advertida acerca del peligro que corre. Una consecuencia es lo que se vio en el estudio de CISEPA: cuando la parturienta y sus familiares fueron convencidos de que el parto era de alto riesgo, su resistencia a ir al establecimiento de salud para atenderse aumentó en lugar de disminuir. Ellos preferían quedarse en casa, poner las cosas en orden, despedirse de familiares y vecinos y la parturienta, dejar esta vida dignamente. Aun cuando va atenuándose la vieja identificación de los establecimientos de salud como lugares de reunión de enfermos insalvables, se mantiene en pie en el imaginario de la gente el temor a un tratamiento indigno y la posibilidad de una muerte indigna. Es así que en un caso analizado en Pucallpa, el hecho de que el cadáver de la joven madre se haya dejado durante un tiempo sin cobertura sobre una camilla en el pasadizo del hospital donde la llevaron luego de un aborto séptico resultaba casi más doloroso y chocante para los familiares que la muerte misma de la joven.

El modelo detrás de los programas para reducir la mortalidad materna, vigente en el Perú en los últimos años, puede cuestionarse por su aplicación en la práctica y también como modelo teórico. Freedman (1997), en base a datos de múltiples países, señala la poca



eficacia de estrategias que buscan identificar los casos de mayor riesgo y concentrar los recursos del sistema de salud en su seguimiento. «Excluyendo los casos vinculados al aborto, la mayoría de las emergencias obstétricas ocurren repentinamente y sin previo aviso en mujeres que no presentan señales conocidas de riesgo e incluso gozan de buena salud» (Freedman 2003: 101). La conclusión forzada es que el riesgo de cada nuevo embarazo, parto y proceso de puerperio en particular es impredecible, idea bastante coincidente con la concepción popular peruana.

Freedman enuncia los principios que deberían animar una política de maternidad segura:

- Todas las mujeres están sujetas a riesgos potenciales y deben tener garantizado el acceso a las medidas de atención en caso de eventuales emergencias obstétricas, siguiendo rutas y procedimientos establecidos.
- Todos los partos deben ser atendidos por personas competentes (no necesariamente profesionales biomédicos).
- Debe existir un sistema eficaz de referencia y contrarreferencia.

Cumplir con estas condiciones es difícil pero no imposible en el Perú. Hasta ahora, los mayores esfuerzos se han dado en relación con la atención del parto. Se han ensayado diversas estrategias a fin de asegurar que esta sea dirigida por una persona capacitada, responsable ante el Ministerio de Salud y vinculada a mecanismos de soporte. Esto ha obligado a una cierta flexibilización en la definición de «parto institucional». Se acepta que, bajo ciertas condiciones, los prestadores de los establecimientos pueden ir a la casa de la parturienta en lugar de exigir que ella se traslade a un centro de salud. Aunque se sobreentiende que el personal de salud debe controlar el proceso, se admite la colaboración de parteras y familiares en el parto, incluso en los establecimientos. El parto a domicilio, atendido por personas de la familia o la comunidad, va cediendo ante las opciones mixtas.

En otro de los rubros de cambios esenciales en la lista mínima de Freedman, el Perú tiene menos avance: los sistemas de referencia y contrarreferencia son todavía débiles. Las comunicaciones entre familiares, comunidades y prestadores de salud se cortaban absurdamente en varios casos examinados en el estudio de CISEPA: el único teléfono existente pertenecía a una familia pudiente a quien no se podía molestar en horas incómodas; no se confiaba en la nota de una obstetriz que había sido enviada a través de un muchacho, corriendo a pie; había demoras para atrapar a un caballo; los carros de ruta entre un anexo y otro eran infrecuentes. Agregados a todo ello, había los problemas conocidos de comunicación y movilización en los establecimientos de salud rurales: falta

de combustible, vehículos malogrados, caminos intransitables durante determinadas épocas del año y transporte terrestre demasiado lento por cualquier medio –carretilla, bicicleta, motocicleta, taxi, camión, ambulancia–, lo que probablemente demora demasiado para solucionar emergencias.

Las respuestas a emergencias y las provisiones para la evacuación de pacientes son problemas particularmente agudos en los casos de embarazos y partos que se complican, aunque cobran relevancia para las poblaciones rurales en muchas otras situaciones de accidentes y trauma. La posibilidad de evacuación en ambulancia, helicóptero o avión depende de circunstancias excepcionales. Se puede dar si una parturienta se halla cerca de una base militar o campamento minero, además, si tiene a alguien que interceda para convencer a la institución o empresa de que colabore por motivos humanitarios o de relaciones públicas.

Freedman consigna como precondition necesaria para reducir la mortalidad materna el acceso al aborto seguro. Este señalamiento reconoce la gravedad del problema de embarazos no deseados y la vulnerabilidad de muchas mujeres frente a la violencia sexual. Evidentemente, en este frente, el Perú no ha experimentado cambios sustanciales en las políticas y ni siquiera ha abierto un debate del problema como una cuestión de salud pública.

## **CULTURAS INSTITUCIONALES EN EL SISTEMA DE SALUD**

No solo los Otros tienen cultura y, en estos debates, se vuelve relevante la cultura institucional que se instaura en los sistemas de los servicios en los Estados modernos, burocratizados y lejanos de la experiencia diaria de la ciudadanía. Herzfeld (1992) habla de «la producción social de la indiferencia» como parte de la cultura institucional de los sistemas de salud. Se instauran hábitos como el menosprecio del dolor ajeno, la falta de empatía y las bajas expectativas con respecto a la resolución de los problemas. La lentitud, el burocratismo, la negativa a proporcionar información y la despreocupación por escuchar y entender se vuelven rutinarios.

El estudio de CISEPA da ejemplos de prestadores del sistema de salud que se vinculaban con las mujeres fallecidas y con sus familiares desde una total incapacidad para imaginarse en qué situación se hallaban. Ya se mencionó el caso de la joven que llegó moribunda a un hospital del departamento de Ucayali y cuyo cuerpo desnudo fue dejado sobre una camilla en uno de los pasillos durante varias horas. En otros casos también se muestra poco respeto por la privacidad y el pudor. La desinformación y actitudes esquivas en la

consulta hacen surgir dudas sobre si los proveedores de salud han practicado cortes, autopsias y otros procedimientos de signo violento para distintos sectores de la población.

El mismo tema de indiferencia y desidia como parte de una cultura institucional se manifiesta en el manejo de la información en otros casos del estudio de CISEPA. Los proveedores sentían poca obligación a dar explicaciones antes, durante o después de la crisis que se producía. Y muchas veces la que proporcionaban atribuía los errores a los familiares. Algunos de los familiares se referían a amenazas de juicios y denuncias que fueron hechas por el personal de salud. En un caso donde el personal de salud acudió de emergencia a la casa de la parturienta, se encerró con ella en la habitación e impidió que los familiares tuvieran acceso. En casos extremos, frente a la falta de información, los familiares amenazaban con enjuiciar al personal del establecimiento que estuvo presente en la desgracia que había sucedido. Se nos decía que los involucrados habían sido enviados a otro establecimiento lejos del lugar de los hechos.

Una traba que emergió con fuerza en el estudio de CISEPA fue el manejo de pagos y la negativa a extender crédito a pobladores rurales en situaciones de emergencia cuando no hubo tiempo para conseguir dinero en efectivo ni buscar alternativas. Algunos de los problemas relacionados con los costos de afrontar una emergencia obstétrica desde el punto de vista de los familiares han sido reconocidos posteriormente. La solución definitiva se hallaría en el SIS (Seguro Integral de Salud), el cual, en principio, garantiza servicios y medicamentos sin costo a quienes los necesitan.

La indiferencia institucionalizada se expresa en la actitud pasiva del sistema de salud frente a los problemas estructurales que afectan la reproducción humana como proceso global en las comunidades rurales (Reyes 2007). La tendencia es demarcar el ámbito que se considera responsabilidad directa del sistema y dejar para otros la resolución de los problemas colindantes. La fuerte carga de trabajo de las mujeres y su deficiente nutrición no tienen respuesta, por ejemplo, como tampoco las situaciones de embarazos precoces no deseados y el machismo que crea riesgos de abuso y violación. Oliart (2005) desmenuza la precariedad de la posición que ocupan niñas y mujeres rurales, atrapadas entre las expectativas tradicionales frente al noviazgo y el matrimonio y las prácticas urbanas adoptadas por sus pares varones. Las injusticias socioeconómicas que afectan el acceso a los anticonceptivos, a recursos como la anticoncepción de emergencia y, finalmente, al aborto terapéutico son otros puntos donde el sistema como tal (a diferencia de algunos individuos con coraje y dedicación que forman parte de él) reacciona con indiferencia o poco compromiso.

Las instituciones masivas, regidas por normas burocráticas, incurren sistemáticamente en errores de *misrecognition* ('reconocimiento equivocado') frente a las personas que se acercan a ellas. Influyentes filósofos como Nancy Fraser, Charles Taylor, Axel Honneth y Margaret Urban Walker elaboran diversos argumentos sobre las consecuencias de atribuir a los Otros (mujeres, pobres, pobladores rurales, indígenas) identidades equivocadas, falsas, innecesarias o no reconocibles por los propios sujetos. Walker pone atención a la manera como estas equivocaciones reducen las posibilidades de los subalternos de resolver problemas concretos, por ejemplo, frente al sistema de salud.

El caso más obvio que motiva nuestra preocupación ocurre cuando las identidades estereotipadas producen, inducen o legitiman un determinado tipo de atención o consideración moral respecto a algunas personas como objetos de las acciones de otras. Ciertas personas pueden no reconocer el dolor, la vergüenza, el sufrimiento o la humillación de otras (como tampoco su placer, felicidad, orgullo o autoestima) o pueden no ser conmovidas o ser conmovidas de una manera no apropiada a raíz de este reconocimiento. El tratamiento que se da a sujetos «disminuidos» puede conllevar menor respeto, preocupación, compasión o reciprocidad. En algunos casos puede acarrear paternalismo hacia personas que en verdad son capaces de formar su propia noción del bien y tomar sus propios riesgos. En otros casos surgen cuestiones de crueldad, abuso o negligencia. Aunque estas dos respuestas parecen muy diferentes, incluso mutuamente excluyentes, las racionalizaciones de los grupos dominantes en situaciones históricas reales a veces delatan una curiosa oscilación entre la indiferencia y la desatención arrogante y un énfasis, en medio de congratulaciones autorreferidas, a la asunción de «obligaciones» descritas en términos paternalistas. (Walker 1998: 194-195)<sup>5</sup>

La combinación de indiferencia y paternalismo que Walker señala no está lejos, lamentablemente, de describir la respuesta del sistema de salud frente a las situaciones implicadas en la muerte materna en el Perú.

¿Pueden las instituciones ser mejores? ¿Pueden superar la «ley de hierro» de la indiferencia burocrática? El temperamento «realista», que limita la responsabilidad de las instituciones y las burocracias estatales, está siendo reemplazado por una corriente de pensamiento que, a partir del peso que tienen las instituciones en las vidas de los ciudadanos y las ciudadanas, exige que actúen promoviendo la justicia y los derechos humanos (Follesdal y Pogge 2005). Esta responsabilidad ampliada puede traducirse en acciones directas o en coordinaciones con otras instituciones a fin de reforzar la eficacia del conjunto.

---

5. Traducción de la autora.

## VIDAS Y DERECHOS

Vincular la muerte materna a los derechos humanos abre el tema a horizontes que usualmente no se vislumbran en los debates sobre cómo actuar para reducir las tasas de mortalidad materna. Los derechos humanos no son simples enunciados de principios, sino que se materializan en acciones sobre la realidad que producen los cambios necesarios en las vidas de quienes en la actualidad no gozan de derechos formalmente vigentes o tienen un acceso limitado a ellos.

El enfoque propuesto aquí sobre la maternidad y, más ampliamente, sobre la situación de las mujeres frente a la salud, la familia y la reproducción, se sostiene sobre supuestos fuertes con respecto a la capacidad de reflexión y la autonomía moral de las mujeres. ¿Son estos supuestos justificados? El paternalismo estatal, la autoridad de expertos y el mandato asumido por los «superiores» sociales se fundamentan sobre supuestos diferentes: la gente humilde no reflexiona sobre su situación, no dispone de los instrumentos de análisis y comparación y no es capaz de elaborar una actitud moral propia.

Walker ubica aquí el problema de la legitimidad otorgada a los miembros de diferentes estamentos sociales cuando articulan historias personales que interpretan su situación y explican sus actos. Entre otras cosas, tales historias dan sentido a las experiencias de la sexualidad, la reproducción y la imbricación con otras personas en densos entramados de corresponsabilidad en los grupos familiares y comunitarios.

No todas las personas tienen el permiso o la capacidad para contar cualquier historia de su vida (o sobre otro tema). La materia de las vidas que se van a narrar, las herramientas discursivas disponibles para la tarea y la credibilidad de quienes cuentan las historias van a variar de acuerdo con los conocidos criterios de clase, género y raza, y posiblemente otros más, incluso muy locales. Las historias de vida, incluyendo historias de la vida moral, tomarán formas que responden a las limitaciones específicas que constriñen a estas diferentes categorías de personas y, en algunos casos, serán moldeadas **para** ellas tanto como por ellas. (Walker 1997: 78)<sup>6</sup>

Debemos reconocer no solo la responsabilidad moral que asume cada persona frente a su vida, por más pobre y «humilde» que sea, sino también el derecho que tiene de elaborar una interpretación propia del porqué de sus decisiones.

---

6. Traducción de la autora.

Irónicamente, algunas posiciones de defensa de «la cultura» y de los derechos culturales plantean una falsa contradicción entre estos derechos colectivos y el reconocimiento a la persona en su particularidad y autonomía moral. El Ministerio de Salud del Perú trabaja arduamente en la elaboración de un *pensum* propio acerca de la interculturalidad en salud y en la adecuación de sus programas a la diversidad cultural del país. Ya señalé algunos de los cambios que esto ha acarreado en el manejo del parto. El peligro es ver a las mujeres de cualquier segmento de la población como títeres de su cultura, con una «tradición» homogénea e invariable. Las mujeres quechuas, aymaras, asháninkas, amueshas o machiguengas, lo mismo que las costeñas y urbanas, no pueden reducirse a contenedores de costumbres que determinan su experiencia de la maternidad. Ubicarlas en casilleros con etiquetas culturales previamente establecidas impide escuchar narrativas de situaciones y circunstancias únicas, reflejos en cada caso de «su vida y no la de otra». Reconocer a cada mujer como agente moral implica superar visiones mitificadas de la cultura como un ente que existe fuera de las personas.

La situación exige un manejo fino por parte de los prestadores de salud, que conocen su obligación frente a la política de respeto a las diferencias culturales y son conscientes de la herencia de discriminación del sistema de salud en el país, pero que deben conservar su capacidad para oír y responder, sin estereotipos ni prejuicios, a la mujer particular que ha acudido para una atención obstétrica (o a la que se niega a hacerlo). Hay que saber interpretar las narrativas de estas mujeres a fin de crear una nueva relación entre ellas y el sistema de salud. A la obstetriz, el médico y hasta el administrador de los servicios de salud esto les exige no imponer soluciones no entendidas y no queridas. Y, más bien, se les pide abrirse a una negociación entre actores moralmente equivalentes y culturalmente autónomos. En ese propósito tienen que tener el respaldo del resto de la sociedad.

Mujeres pobres, midiendo a diario sus escasos recursos, enfrentando embarazos no deseados, «culpables» de haber abortado o haberlo intentado, mujeres que «abandonan» o «entregan» a sus hijos: todas ellas hacen su propia construcción de los hechos. Mujeres embarazadas o parturientas que asumen riesgos inaceptables a los ojos de otros tienen una percepción propia de las restricciones que obran sobre ellas. Tienen sus propios reclamos frente al desamor y la falta de reciprocidad en sus vínculos íntimos. Sin duda, tienen quejas y demandas frente a las instituciones y actores más allá de ese círculo íntimo, incluidos los prestadores de salud. Tienen motivos para desconfiar de la buena voluntad, la sensatez, la flexibilidad y la capacidad de comprensión que hallarán en estos actores.

Hasta que esas fallas sean reparadas, no tenemos manera de colaborar mejor con las mujeres que, en el Perú, tienen las mayores probabilidades de convertirse en víctimas de la

muerte materna, así como de otras violaciones de sus derechos humanos. Dicha colaboración acarrea la responsabilidad de evitar situaciones que las hagan incapaces de cumplir sus compromisos frente a sus hijos y otras personas con quienes tienen obligaciones. Se trata de mujeres pobres que son madres, están en proceso de serlo o están cumpliendo un papel materno frente a hijos e hijas ajenas y que asumen diariamente una responsabilidad de discernimiento moral de gran exigencia. ¿Cómo colaborar con personas vulnerables que deben responsabilizarse de otras personas aún más vulnerables que ellas? No hay reto mayor para nuestra sensibilidad moral. La muerte de una mujer así posicionada es una violación de sus derechos y también de los derechos de las personas que dependen de sus cuidados, su compromiso y su capacidad para nutrir sus vidas.

La vinculación entre los dos temas que recorren este escrito –la muerte materna y los derechos humanos– trae a la memoria a la mujer que se reconoce como fundadora de la primera oleada del feminismo, la que conquistó el derecho de las mujeres a la educación y eventualmente al voto: Mary Wollstonecraft (1759-1797), de Inglaterra, que habiendo dado a luz a su tercera hija, murió de sepsis luego de las manipulaciones del médico que intentó extraer una placenta retenida. Más de dos siglos más tarde, seguimos buscando la plena vigencia de los derechos humanos de las mujeres y las soluciones a la muerte materna. El ejemplo de Wollstonecraft, de no admitir el silencio y de buscar la verdad aun cuando esta es incómoda, nos marca el camino a seguir.

## BIBLIOGRAFÍA

ALARCÓN, Jorge; Pedro GARCÍA; Julio CHÁVEZ; Ramiro MERCADO; Julio PORTELLA; Alfonso MEDINA y Juan DÍAZ

1999 «Complicaciones perinatales y factores de riesgos obstétricos asociados». En: *Revista del Instituto Materno Perinatal*, vol. 6, pp. 24-31.

ALLEN, Catherine J.

1988 *The Hold Life Has. Coca and Cultural Identity in an Andean Community*. Washington: Smithsonian Institution Press.

ANDERSON, Jeanine

2001 *Tendiendo puentes. Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud*. Lima: Movimiento Manuela Ramos.

1999 (coord.) *Mujeres de negro. La muerte materna en zonas rurales del Perú*. Lima: Ministerio de Salud / Proyecto 2000.

BENAVIDES, Bruno

s. f. «¿Por qué se reduce tan lentamente la mortalidad materna en el Perú?» Documento. Lima: Proyecto 2000 / Minsa.

CÁRDENAS FARFÁN, Nora

2009 «Políticas interculturales en salud: análisis de la estrategia de adecuación cultural del parto, Paruro-Cusco». Tesis de maestría en Antropología, Pontificia Universidad Católica del Perú.

CARSTEN, Janet

2004 *After Kinship*. Cambridge: Cambridge University Press.

CENTRO FLORA TRISTÁN y DEMUS

2000 *Mortalidad materna y aborto inseguro. Enfrentando la realidad*. Lima: Centro Flora Tristán / Demus.

COE, Anna-Britt

2004 «From Anti-natalist to Ultra-conservative: Restricting Reproductive Choice in Peru». En: *Reproductive Health Matters*, vol. 12, N° 24, pp. 56-69.

CRANDON-MALAMUD, Libbet

1991 *From the Fat of Our Souls. Social Change, Political Process, and Medical Pluralism in Bolivia*. Berkeley: University of California Press.

DIERNA, Rosa (coord.)

1999 *Salvarse con bien. El parto de la vida en los Andes y la Amazonía del Perú*. Lima: Ministerio de Salud / Proyecto 2000.



FERRANDO, Delicia

- 2002 *El aborto clandestino en el Perú. Hechos y cifras*. Lima: Centro Flora Tristán / Pathfinder Internacional.

FOLLES DAL, Andreas y Thomas POGGE (eds.)

- 2005 *Real World Justice. Grounds, Principles, Human Rights, and Social Institutions*. Dordrecht: Springer.

FREEDMAN, Lynn

- 2003 «Strategic Advocacy and Maternal Mortality: Moving Targets and the Millennium Development Goals». En: *Gender and Development*, vol. 1, N° 1, pp. 97-108.
- 2002 «Shifting Visions: "Delegation" Policies and the Building of a "Rights-based" Approach to Maternal Mortality». En: *Journal of American Medical Women's Association*, vol. 57, N° 3, pp. 154-158.
- 1997 «Human Rights and the Politics of Risk and Blame: Lessons from the International Reproductive Health Movement». En: *Journal of American Medical Women's Association*, vol. 52, N° 4, pp. 165-169.

GÜEZMES, Ana, Nancy PALOMINO y Miguel RAMOS

- 2002 *Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú. Estudio multicéntrico de la OMS sobre la violencia de la pareja y la salud de las mujeres*. Lima: Centro Flora Tristán / Organización Mundial de la Salud / Universidad Peruana Cayetano Heredia.

HERZFELD, Michael

- 1992 *The Social Production of Indifference: Exploring the Symbolic Roots of Western Bureacracy*. Oxford, Reino Unido: Berg.

HUGHES, Christina

- 2005 «Deconstructing the Human in Human Resource Development». En: ELLIOT, C. y S. TURNBULL (eds.), *Critical Perspectives of Human Resource Development*. Londres: Routledge, pp 128-140.
- 2002 *Key Concepts in Feminist Theory and Research*. Londres: Sage Publications.

HURTADO, A. Magdalena; Carol A. LAMBOURNE; Paul JAMES; Kim HILL; Karen CHUMAN y Keely BACA

- 2005 «Human Rights, Biomedical Science, and Infectious Diseases Among South American Indigenous Groups». En: *Annual Review of Anthropology*, vol. 34, pp. 639-665.

KITTAY, Eva Feder

- 1997 «Human Dependency and Rawlsian Equality». En: MEYERS, Diana Tietjens (comp.), *Feminists Rethink the Self*. Boulder, Colorado: Westview Press, pp. 219-266.

LARME, Anne C. y Thomas LEATHERMAN

- 2003 «Why *Sobrepardo?*: Women's Work, Health, and Reproduction in two Districts in Southern Peru». En: KOSS-CHIOINO, Joan D.; Thomas LEATHERMAN y Christine GREENWAY (ed.), *Medical Pluralism in the Andes*. Nueva York: Routledge, pp. 191-208.

LEÓN, Federico R. (ed.)

- 1999 *¿Qué sabemos sobre la distribución de la mortalidad materna en el Perú, sus causas y su prevención?* Lima: Population Council.

LEÓN, Federico R. y Laura C. ALTABELLI

- 1999 «Hipótesis para resolver el enigma de los datos de la Endes (1997)». En: León 1999: 20-31.

LUERSEN, J. Susan

- 1993 «Illness and Household Reproduction in a Highly Monetized Rural Economy: A Case from the Southern Peruvian Highlands». En: *Journal of Anthropological Research*, vol. 49, pp. 255-281.

NUSSBAUM, Martha C.

- 1995 «Human Capabilities, Female Human Beings». En: NUSSBAUM, Martha C. y Jonathan GLOVER (comps.), *Women, Culture and Development. A Study of Human Capabilities*. Oxford, Reino Unido: Clarendon Press, pp. 61-104.

OKIN, Susan Moller

- 1989 *Justice, Gender, and the Family*. Nueva York: Basic Books, Inc.

OLIART, Patricia

- 2005 «Género, sexualidad y adolescencia en la provincia de Quispicanchi». En: OLIART, Patricia; Rosa María MUJICA y José María GARCÍA, S. J., *Quispicanchi. Género y sexualidad*. Lima: Instituto Peruano de Educación en Derechos Humanos y la Paz, pp. 9-45.

OMS, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

- 2005 *Salud femenina y violencia doméstica contra las mujeres*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OPS, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

- 2005 *Perfil de salud de mujeres y hombres en el Perú 2005*. Lima: OPS-Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

OTHS, Kathryn S.

- 1999 «*Debilidad: A Biocultural Assessment of an Embodied Andean Illness*». *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 13, N° 3, pp. 286-315.

RAWLS, John

- 1971 *A Theory of Justice*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

REYES, Esperanza

- 2007 *En nombre del Estado. Servidores públicos en una microrred de salud en la costa rural del Perú*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia / Instituto de Estudios Peruanos / Salud Global.

ROMERO BIDEGARAY, Inés

- 2002 *El aborto clandestino en el Perú. Una aproximación desde los derechos humanos*. Lima: Centro Flora Tristán.

SCHEPER-HUGHES, Nancy

- 1992 *Death Without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.

SLOAN, Nancy L.; A. LANGER; B. HERNÁNDEZ; M. ROMERO y B. WINIKOFF

- 2001 «The Etiology of Maternal Mortality in Developing Countries: What do Verbal Autopsies tell us?». En: *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 79, N° 9, pp. 805-810.

WALKER, Margaret Urban

- 1998 *Moral Understandings. A Feminist Study in Ethics*. Nueva York: Routledge.  
1997 «Picking Up Pieces. Lives, Stories, and Integrity». En: MEYERS, Diana Tietjens (comp.), *Feminists Rethink the Self*. Boulder, Colorado: Westview Press, pp. 62-74.

WATANABE VARAS, Teresa

- 2002 *Tendencias, niveles y estructura de la muerte materna en el Perú, 1992-2000*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

WERTZ, Richard W. y Dorothy C. WERTZ

- 1989 *Lying-In. A History of Childbirth in America*. New Haven, Connecticut: Yale University Press.

WOLLSTONECRAFT, Mary

- 1988 [1792] *A Vindication of the Rights of Woman* (Carol Poston, ed.). Nueva York: W. W. Norton.

YAMIN, Alicia Ely y Deborah P. MAINE

- 1999 «Maternal Mortality as a Human Rights Issue: Measuring Compliance with International Treaty Obligations». En: *Human Rights Quarterly*, vol. 21, The Johns Hopkins University Press, pp. 563-607.

YON LEAU, Carmen

- 2000 *Preferencias reproductivas y anticoncepción. Hablan las mujeres andinas*. Lima: Movimiento Manuela Ramos.

